

## ANSÖKAN SoL -Socialtjänstlagen

### Insändes till:

Växjö kommun  
Omsorgsförvaltningen/Myndighetsavd.  
Box 1222, 351 12 VÄXJÖ

### Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon (dagtid)
Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> om ja, vilket språk: .....		Behov av teckenspråkstolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

### Personuppgifter medsökande (make/maka/sammanboende)

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

### Ansökan om bistånd enligt SoL 4 kap.1 § (sätt kryss framför den insats som söks)

<input type="checkbox"/> Hemtjänst/boendestöd i form av: .....
<input type="checkbox"/> Matdistribution
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm
<input type="checkbox"/> Avlösning i hemmet
<input type="checkbox"/> Kontaktperson för dig över 80 år, som inte bor på särskilt boende eller deltar i träffpunktsverksamhet
<input type="checkbox"/> Tillfällig placering / växelvård
<input type="checkbox"/> Särskilt boende
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet för social samvaro/aktivering/miljöombyte eller som avlösning för anhörig.
<input type="checkbox"/> Annan hjälp i form av: .....

### Beskrivning

Varför behöver Du hjälp?

